

эритроцитной массы затраты на обеспечение переливания донорской крови пациентам контрольной группы составили 2800 BYN.

Заключение. Комплексный подход к периоперационному обеспечению ТЭКС позволяет создать благоприятные условия для проведения ранней активной реабилитации, повысить удовлетворённость пациента результатом оперативного лечения, сократить экономические затраты.

Литература:

1. International survey of primary and revision total knee replacement / S.M. Kurtz [et al.] // Int. Orthop. – 2011. – Vol. 35, № 12. – P. 1783–1789.
2. Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not? / R.B. Bourne [et al.] // Clin. Orthop. Relat. Res. – 2010. – Vol. 468, № 1. – P. 57–63.
3. Lee, Y.S. Comprehensive analysis of pain management after total knee arthroplasty / Y.S. Lee // Knee Surg. Relat. Res. – 2017. – Vol. 29, № 2. – P. 80–86.
4. Kehlet, H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation / H. Kehlet // Br. J. Anaesth. – 1997. – Vol. 78. – P. 606–617.
5. Технология ускоренной реабилитации после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов (обзор литературы) / А.М. Агеенко // Травматология и ортопедия России. – 2017. – № 4. – С. 146–155.
6. Soffin, E.M. Enhanced recovery after surgery for primary hip and knee arthroplasty: a review of the evidence / E.M. Soffin, J.T. YaDeau // Br. J. Anaesth. – 2017. – Vol. 117, № 3. – P. 62–72.

УДК 616.147.17-007.64-089

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА LIGASURE ПО СРАВНЕНИЮ С ГЕМОРРОИДЭКТОМИЕЙ ПО МИЛЛИГАНУ-МОРГАНУ

Цыплаков К.Г.¹, Денисенко Э.В.²

УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»¹
УО «Витебский государственный медицинский университет»²

Введение. Геморрой в структуре проктологических заболеваний занимает ведущее место. Данное заболевание приводит к временной потере трудоспособности, а также снижает качество жизни. По данным мировой статистики от геморроя страдает от 6 до 10% взрослого трудоспособного населения Земли. Наиболее высока она в развитых странах, таких как США, Германия, Швеция, Япония.

В настоящее время в большинстве случаев применяется модифицированная типичная геморроидэктомия по Milligan-Morgan. Анализируя результаты лечения, по данным литературы, осложнения (тромбоз наружных геморроидальных узлов, кровотечения, недостаточность анального сфинктера) возникают у 34 – 41% пациентов. D. Marshman et al. для эффективного лечения хронического геморроя применили лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами [1]. В Германии разработали специальное устройство, с помощью которого на ножку геморроидального узла набрасывали циркулярную лигатуру из специальной латексной резины. После сдавливания ножки и прекращения притока крови к узлу он отторгается вместе с лигатурой на 11-14 день после манипуляции. Эффективность метода при I-II стадии заболевания достигает 90%. При III стадии заболевания эффективность метода не превышает 70%, что обуславливает необходимость неоднократных процедур лигирования. В отдаленном периоде рецидив симптомов при III стадии геморроя

отмечается у 20-30% пациентов, которые являются потенциальными кандидатами на хирургическое лечение либо им необходимо проводить повторное латексное лигирование [2]. Е.А. Загрядский внедрил трансанальную дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем с мукопексией и лифтингом слизистой [3]. Внедряемые новые методики уменьшают экономические затраты при лечении геморроидальной болезни и улучшают качество жизни пациентов. N. Zampieri et al. применили для лечения геморроидальной болезни аппарат Ligasure [4].

Цель работы. Оценить эффективность геморроидэктомии по Миллигану-Моргану в сравнении с геморроидэктомией с помощью аппарата Ligasure.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование. Было выделено 2 группы пациентов, которым геморроидэктомия проводилась двумя различными способами. В 1 группу включено 68 пациентов с III-IV стадиями геморроя (32 мужчины и 36 женщин) в возрасте от 23 до 71 года (средний возраст $47,8 \pm 24,01$ лет ($M \pm \sigma$)). Для лечения пациентов с хроническим геморроем III-IV-стадий в клинике использовали геморроидэктомию по Миллигану-Моргану. Во 2 группу включено 15 пациентов с IV стадией геморроя (7 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 29 до 69 лет (средний возраст $47,0 \pm 10,7$ лет ($M \pm \sigma$)). Для лечения пациентов с хроническим геморроем IV-стадии в клинике использовали аппарат LigaSure. Проанализированы следующие параметры - продолжительность операции, длительность и интенсивность болевых ощущений, сроки пребывания пациентов в стационаре. Для статистического анализа данных была использована программа PSPP.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам удалось выполнить запланированный объем вмешательства. В 1 группе использовалась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Она заключалась в прошивании ножки узла кетгутом или викрилом, шовными материалами, которые впоследствии самостоятельно рассасываются. Патологические венозные узлы последовательно удаляются при помощи скальпеля. У каждого пациента удалено по 3 геморроидальных узла. Время операции составляло в среднем $25,7 \pm 12,6$ минут ($M \pm \sigma$). Стационарное лечение пациентов продолжалось в среднем $8,7 \pm 3,6$ дней. Наблюдалось длительное не заживление ран (до 2 месяцев) у 3 пациентов, а так же выраженный болевой синдром, купирующийся наркотическими анальгетиками. Во 2 группе геморроидэктомия с Ligasure начиналась с наложения специального зажима на ту область, где расположен узел. Затем на ткани воздействовали электроимпульсом. Использовали высокочастотный переменный ток (470 кГц), максимальное напряжение 120 вольт, сила тока 4 ампера, максимальная мощность 150 Вт. Проводилось несколько циклов воздействия с паузами для охлаждения тканей. В паузе продолжали сдавливать ткани специальными браншами. После удаления сосуда «заплавлялись», тем самым, исключалась необходимость прошивания для остановки кровотечения. Весь процесс воздействия на один узел составлял около 5 секунд. У каждого пациента удалено по 3 геморроидальных узла. Время операции составляло в среднем $16,7 \pm 7,9$ минут ($M \pm \sigma$). Стационарное лечение пациентов продолжалось в среднем $7,8 \pm 1,8$ дней. В раннем послеоперационном периоде у пациентов удалось достичь минимализации болевых ощущений. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у всех пациентов.

Выводы.

Установлено, что при проведении геморроидэктомии с использованием аппарата Ligasure удалось достичь значительного уменьшения болевого синдрома, сокращения времени операции в среднем на 9 минут, а так же длительности пребывания пациентов в стационаре в среднем на 0,9 дня в сравнении с геморроидэктомией по Миллигану-Моргану.

Литература:

1. Marshman, D. Hemorrhoidal Ligation / D. Marshman // Dis. Colon. Rect. – 1989. – Vol. 32, N 5. – P. 369–71.
2. Воробьев, Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М. : Митра-Пресс, 2002. – 192 с.
3. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни / Е.А. Загрядский. – М., 2014.
4. Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization / N. Zampieri [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2012. – Vol. 204. – P. 684–688.

УДК 616.31-006-089

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Шанно Г.М.¹, Денисенко В.Л.¹, Орехва А.В.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»²

Заболеваемость раком прямой кишки продолжает оставаться высокой. Радикальные операции по поводу рака средне-нижнеампулярного отдела прямой кишки часто носят травмирующий или калечащий характер, перечеркивая все надежды пациента к возвращению к прежнему образу жизни.

Изучены результаты лечения 84 пациентов, страдающих низкорасположенным раком прямой кишки (локализация опухоли дистальнее 9 см). Средний возраст пациентов 62 года. Мужчин 51,9%, женщин 48,1%. Пациентам во II-III стадии проводилась предоперационная лучевая терапия и радикальное хирургическое лечение. Мы стремились к полному и целостному удалению мезоректума. Низкая передняя резекция с колоанальным анастомозом выполнена у 50% пациентов, циркулярным сшивающим аппаратом - у 19,2%, интрасфинктерная резекция с использованием ручного шва произведена в 30,8% случаев.

Для изучения качества жизни пациентов применен опросник EORTC QLQ C-30 версии 3.0 и модуль CR29.

Результаты. Активность участия в исследовании составила 50%. Качество жизни пациентов по разделу общее состояние здоровья QL2 составляло 74 балла. Шкалы симптомов позволили выявить, что слабость (FA) беспокоила 81% пациентов, тошнота и рвота (NV) - 6%, боль (PA) - 31%, диспноэ (DY) – 25%, бессонница (SL) - 50%, потерю аппетита (AP) - 25%, запоры (CO) – 44%, диарея (DI) - 38%. Значение шкалы имиджа тела (BT) опросника CR29 в группе пациентов, перенесших низкую переднюю резекцию прямой кишки, в среднем составило 88 баллов, полное восстановление внутреннего восприятия картины собственного тела после операции было только у 44% пациентов. По шкале беспокойства (ANX) среднее значение составило 64 балла. Низкий уровень беспокойства был установлен только у 20% пациентов. По шкале массы тела (WEI) среднее значение в группе пациентов было равно 84 балла, не ощущали озабоченности изменением массы тела после операции 60% пациентов. Женщин нарушения сексуальной функции тяготили в меньшей степени, чем мужчин (88% женщин не отмечали существенных изменений половой функции после операции против 17% мужчин). Изменение частоты мочеиспускания (UF) беспокоило 93%. Слизь и кровь в кале (BMS) беспокоили 13% пациентов, что требует дообследования этой группы для выявления патологии или рецидивов. Изменение частоты дефекации по шкале SF беспокоили 93%